

СТАН СЕКСУАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ ЗДОРОВ'Я СІМ'І ТА РІЗНИМ АДДИКТИВНИМ СТАТУСОМ

©М. В. Савіна

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна МОН України

РЕЗЮМЕ. З використанням клініко-психологічного та психодіагностичного методів обстежено 371 подружню пару, які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків, серед яких в 321 родині мали місце прояви аддиктивної поведінки (АП) у жінок (ДГ1), а у інших 50 сімей – нормативні показники АП у жінки (ДГ2). В якості групи порівняння (ГП) обстежено 50 умовно гармонійних ПП.

На відміну від жінок ГП, які характеризувались відсутністю ознак порушення сексуальної взаємодії, серед осіб ДГ1 і ДГ2 встановлені клінічно окреслені порушення сексуального здоров'я, що мали більшу представленість і вираженість у подружжів ДГ2, в яких у дружин не було проявів АП.

В генезі порушення сексуальної взаємодії для родин, в яких у жінки встановлена АП, стрижневим виявилось ураження психологічного його компонента у обох з подружжя, а наявність проявів АП у дружини – лише патопластичним фактором ($p < 0,05$). В механізмах розвитку порушення сексуальної взаємодії у ДГ2 стрижневими були ураження психологічного та соціально-психологічного компонентів, інші мали патопластичний вплив на формування деформації сексуальної взаємодії ($p < 0,05$). Вираженість деструктивного впливу порушення психологічного компонента сексуальної взаємодії як стрижневого ураження мало більш виражений характер у подружжів ДГ2, ніж у ДГ1 ($p < 0,05$).

Можна припустити, що АП, виявлена у жінок з помірно вираженою порушення сексуальної взаємодії, ставала способом нівеляції психоемоційного напруження, що виникало внаслідок неотримання від родини відчуття психологічного притулку та підтримки, та знижувала рівень його вираженості. На відміну від них, жінки з нормативним аддиктивним статусом, наявне негативне психоемоційне фрустраційне тло реалізовували в рамках сім'ї, створюючи тим самим високий рівень подружньої конфліктності і деформації сексуальної взаємодії.

Отримані дані були покладені нами в основу при розробці системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сексуальна взаємодія, жінки, аддиктивна поведінка, порушення здоров'я сім'ї, подружня пара.

Вступ. Дослідження останніх років фіксують неспинний зріст кількості жінок з залежною поведінкою [1 – 5]. Це стосується як т. зв. «класичних» аддикцій (таких, наприклад, як алкогольна залежність), так і т. зв. «нових», насамперед аддикцій нехімічного походження, багато видів з яких є соціально-прийнятними для суспільства. Наявність подібних станів не викликає осуду з боку суспільної оцінки мезо-, а в багатьох випадках – і мікросоціального середовища, що сприяє їх формуванню та швидкому прогресуванню до клінічно окреслених аддиктивних розладів, існування яких «не помічається» за рахунок анозогнозії як з боку хворої, так і її оточення.

Захворювання жінки на аддиктивні розлади відображається не тільки на її психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя. При цьому вагомим «ударом» зазнає сім'я хворої, бо внаслідок розвитку стану залежності у жінки деформації піддається в першу чергу функціонування її родини, з невиконанням ряду базових сімейних функцій – емоційної, сексуальної, гедонічної, господарсько-побутової, виховної тощо, що призводить до подальшого руйнування сімейних стосунків, посилює перебіг наркопатології, і в багатьох випадках призводить до порушення сі-

мейної взаємодії на психофізіологічному, сексуальному, соціальному та мікросоціальному, психологічному та соціально-психологічному рівнях, та кінцевого руйнування сім'ї [6 – 9].

Враховуючи вищезазначене, робота, спрямована на вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявів аддиктивної поведінки (АП) у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, є важливою проблемою медичної психології.

Метою даної роботи було вивчення особливостей сексуальної взаємодії в родинах жінок з різним станом залежної поведінки та здоров'я сім'ї, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Матеріал і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології на клінічних базах кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна МОН України, а також кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, за допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів обстежено 371 подружню пару (ПП), які

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему

звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків (досліджувана група, ДГ).

В якості групи порівняння обстежено 50 умовно гармонійних ПП (ГП).

Оцінку здоров'я сім'ї здійснювали з використанням першого блоку методики Parental Attitude Research Instrument – PARI [10], яка дає змогу якісно і кількісно оцінити 8 параметрів подружньої взаємодії.

Вивчення аддиктивного статусу обстежених здійснювалось з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [11].

Оцінку стану сексуальної функції проводили із застосуванням критеріїв стану сексуального здоров'я та проявів сексуальності, розроблених В. В. Кришталем [12]. Для оцінки ступеня вираженості та синдромального наповнення сексуальних розладів у обстежених був застосований валідизований багатовимірний опитувальник MIEF (R. C. Rosen, 1997) [13]. Для змістовного аналізу стану реалізації сексуальності та її конгруентності в парі визначали Індекс сексуальної збудливості (D. Hulbert, 1988) [13]. Для визначення впливу соціальних, соціально-психологічних, психологічних і біологічних чинників на особливості сексуальності обстежених, використовували метод системно-структурного аналізу. При цьому ми керувалися чотирифакторною системною концепцією сексуального здоров'я, запропонованою В. В. Кришталем [12], згідно з якою воно забезпечується взаємодією біологічних, психологічних, соціально-психологічних і соціальних факторів. Соціальне забезпечення детермінується ступенем соціалізації сексуальності, яка проявляється в засвоєнні сексуальних і суспільних норм, а також сексуальною культурою індивіда, що обумовлена статевим вихованням, сексуальною освітою та поінформованістю в питаннях психогієни статевого життя. Виділені інформаційно-оцінювальна та соціокультурна складові соціального компонента. Психологічне забезпечення сексуального здоров'я визначається впливом індивідуально-психологічних особливостей на розвиток і прояви сексуальності та психічних процесів (як свідомих, так і несвідомих). Соціально-психологічне забезпечення, в свою чергу, зумовлене парним характером сексуальної функції, яка розуміє під собою диференціацію чоловічих і жіночих соціальних ролей, стереотипів маскуліної та фемініної поведінки, особливостей міжособистісних відношень. Біологічне забезпечення сексуальності детерміноване генетичними та анатомо-фізіологічними факторами і процесами. Воно включає в себе спадковість, особливості соматостатевого розвитку, тип статевої конституції, наявність

або відсутність психічних захворювань, органічних уражень головного мозку, стан функціонування нервової, ендокринної систем та статевих органів тощо. Тому біологічний компонент сексуального здоров'я ми розглядали як сукупність психічної та генітальної складових.

Системний аналіз проводили в п'ять етапів: на першому за критеріями сексуального здоров'я оцінювали стан усіх його компонентів і складових у кожного з обстежених; на другому встановлювали ступінь поразки компонентів, що дало можливість визначити частку участі кожного з них у генезі сексуальних порушень; на третьому етапі визначали форму сексуального розладу; на четвертому формулювали клінічний, психологічний і соціальний діагноз; на п'ятому давали заключний діагностичний висновок.

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної статистики й критерієм Вілкоксона – для непараметричної. Також обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Стьюдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами [14]. Математична обробка результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки.

Результати й обговорення. При аналізі результатів вивчення специфіки сімейних відносин, здійсненого за методикою PARI, за базовим критерієм – шкалою 7 «подружні конфлікти», серед ПП ДГ було виділено дві підгрупи, ранжовані в залежності від глибини і тяжкості подружньої конфліктності, що мали достовірні відмінності між собою та ГП ($p < 0,05$) (табл. 1). В першу підгрупу з помірною подружньою конфліктністю (1 рівень) увійшли 86,5 % сімей ДГ (ДГ1); з високою подружньою конфліктністю (2 рівень) – 13,5 % сімей ДГ (ДГ2). З огляду на це, подальше вивчення особливостей стану сексуальної реалізації проводилося між даними підгрупами і ГП.

Для дослідження стану сексуальної реалізації обстежених, нами, спільно з лікарем-сексопатологом, був проведений аналіз стану сексуального здоров'я за діагностичними критеріями МКХ-10. Це дозволило встановити, що у питомій ваги обстежених були клінічно окреслені порушення сексуальності, нозологічна структура яких наведена в таблиці 1.

Для питомої ваги жінок ДГ1 і ДГ2 були характерними відсутність сексуального задоволення

Таблиця 1. Нозологічна структура порушень сексуального здоров'я у обстежених різних груп, %±m

Нозологія	Групи обстежених					
	ДГ1, n =321		ДГ2, n =50		ГП, n =50	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
F 52.0 (відносна)	22,1±4,2	13,7±3,4	32,0±4,7	42,0±4,9	-	-
F 52.10 (відносна)	8,7±2,8	5,0±2,2	16,0±3,7	18,0±3,8	-	-
F 52.11 (відносна)	43,9±5,0	15,3±3,6	52,0±5,0	58,0±4,9	-	-
F 52.2 (відносна)	-	12,8±3,3	-	10,0±3,0	-	4,0±2,0
F 52.3	41,7±4,9	-	52,0±5,0	-	8,0±2,7	-
F52.4	-	10,3±3,0	-	8,0±2,7	-	2,0±1,4
F 52.6	17,8±3,8	-	38,0±4,9	-	4,0±2,0	-

F 52.11 (43,9 % і 52,0 % відповідно), оргазмічна дисфункція F 52.3 (41,7 % і 52,0 % відповідно), втрата статевого потягу до чоловіка (22,1 % і 32,0 %, відповідно), на відміну від жінок ГП, серед яких даних порушень не виявлено ($p < 0,05$). Між жінками ДГ1 і ДГ2 мали місце достовірні відмінності за декількома показниками: відносну сексуальну огиду до чоловіка F 52.10 відчували 8,7 % жінок ДГ1 і 16,0 % жінок ДГ2, диспареунію неорганічної природи F 52.6 – 17,8 % жінок ДГ1 і 38,0 % жінок ДГ2 ($p < 0,01$), що свідчило про більшу розповсюдженість порушень сексуального здоров'я серед жінок ДГ2, порівняно з ДГ1.

У чоловіків усіх груп мали місце випадки еректильної дисфункції F 52.2 (12,8 % ДГ1, 10,0 % ДГ2 і 4,0 % ГП) і передчасної еякуляції F52.4 (10,3 % ДГ1, 8,0 % ДГ2 і 2,0 % ГП) (міжгрупові розбіжності виявились недостовірні, $p < 0,05$). Між тим, за показниками відносної втрати статевого потягу до дружини F 52.0 (13,7 % ДГ1 і 42,0 % ДГ2), відносної сексуальної огиди до неї F 52.10 (5,0 % ДГ1 і 18,0 % ДГ2), відсутності сексуального задоволення F 52.11 (15,3 % ДГ1 і 58,0 % ДГ2), відмінності між чоловіками дослідницьких груп були достовірними ($p < 0,05$). Ці дані були конгруентні стосовно стану сексуального здоров'я їх дружин та підтвердили більшу представленість його порушень серед ПП ДГ2.

При дослідженні ступеня вираженості та синдромального наповнення сексуальних розладів

за допомогою багатовимірного опитувальника MIEF встановлено, що найтяжчим розладом у всіх обстежених було порушення загального психосексуального задоволення, більш виражене у ПП ДГ2, $p < 0,05$ (табл. 2). Крім того, жінки групи ДГ2 мали більш тяжкий ступінь порушення оргастичної функції та задоволеності від безпосередньо статевого акту, ніж жінки групи ДГ1 ($p < 0,05$). Серед чоловіків більш вираженими виявились сексуальні розлади, що мали місце у осіб ДГ2, між тим як у чоловіків ДГ1 встановлено відносно легкий рівень порушення сексуальної функції ($p < 0,05$).

Встановлена інконгруентність сексуальної збудливості в партнерських парах (ПП) усіх груп (табл. 3), аналіз якої між ПП різних груп дав можливість дійти до висновку, що для ПП ДГ1 були характерними відносні, а для ПП ДГ2 – виражені порушення сексуальної взаємодії.

Спираючись на отримані результати щодо наявності в загальній вибірці подружжів з порушенням сімейних стосунків двох нерівномірно представлених груп, ранжованих залежно від рівня подружньої конфліктності та різного рівня ураження сексуальної взаємодії, для пошуку можливих критеріїв, що визначають дану диференціацію, нами здійснено аналіз АП подружжів, результати якого представлено в таблиці 4.

У жінок ГП дослідження аддиктивного статусу виявило абсолютну відсутність його напруженості.

Таблиця 2. Вираженість та синдромальне наповнення сексуальних розладів у обстежених (усереднені показники по групах)

Параметр оцінки	Групи обстежених					
	ДГ1, n =321		ДГ2, n =50		ГП, n =50	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Еректильна функція	-		-		-	*
Задоволеність статевим актом	*	*	**	**	-	-
Оргастична функція	*	-	**	-	-	-
Сексуальний потяг	*	*	*	*	-	-
Загальне психосексуальне задоволення	**	**	***	***	-	-

Примітка. 1. * – легкий ступінь порушення, ** – середній ступінь порушення, *** – тяжкий ступінь порушення.

Таблиця 3. Стан сексуальної збудливості у обстежених різних груп

Індекс сексуальної збудливості	Групи обстежених					
	ДГ1, n =321		ДГ2, n =50		ГП, n =50	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Невисокий	-	-	+	+	-	-
Середній	+	-	-	-	-	-
Високий	-	+	-	-	+	+

Таблиця 4. Порівняльна характеристика усереднених показників захоплення аддиктивним об'єктом або / та уживання речовини у обстежених подружжів (батарея AUDIT-подібних тестів, середній бал)

Об'єкт залежності	Усереднені показники захоплення аддиктивним об'єктом або / та уживання речовини					
	жінки			чоловіки		
	ДГ1, n = 321	ДГ2, n = 50	ГП, n = 50	ДГ1, n = 321	ДГ2, n = 50	ГП, n = 50
Їжа	15,7	11,0	7,6	7,9	7,1	6,6
Чай, кава	16,2	11,9	7,8	8,6	7,4	6,9
Секс	14,7	7,9	3,1	8,2	6,9	2,5
Робота	15,0	10,1	7,4	8,9	7,3	6,5
Шопінг	17,2	12,6	7,4	9,5	8,5	6,5
Телебачення	17,1	10,3	6,7	9,1	7,6	6,4
Інтернет	15,9	11,3	7,1	8,1	7,8	6,7
Читання	15,5	7,9	6,8	8,2	7,2	6,3
Комп'ютерні ігри	14,3	7,0	2,5	8,3	6,8	2,3
Азартні ігри	8,4	3,7	2,5	7,9	3,4	2,3
Алкоголь	8,3	8,4	6,8	8,2	7,8	6,0
Тютюн	17,1	14,4	12,9	14,1	13,5	11,0
Психостимулятори	3,0	2,8	2,6	2,8	2,7	2,3
Канабіноїди	8,0	7,0	2,8	7,6	6,9	2,3
Седативно-снодійні	13,2	6,3	2,9	7,2	5,9	2,6

У жінок ДГ1 були діагностовані ознаки напруженості аддиктивного статусу ($p < 0,05$) (в основному, на рівні вживання з шкідливими наслідками або небезпечного вживання) за так званими соціально-прийнятими аддикціями – поведінковою (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми, 34,6 %), фізіологічною (надмірне захоплення їжею, фітнесом, вживанням чаю / кави, 32,1 %) або хімічною (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снодійних препаратів, які не досягають рівня залежності, 33,3 %).

У жінок з ДГ2 показники, що характеризували вираженість АП, відповідали нормативним (більше ніж у половини – безпечний рівень вживання / захоплення об'єктом, у решти – вживання зі шкідливими наслідками поведінкових або фізіологічних об'єктів). Однак, саме серед цих ПП було виявлено високий – другий – рівень подружньої конфліктності і більша поширеність і вираженість порушень сексуальної взаємодії.

Для ідентифікації взаємозв'язку між особливостями сексуальної взаємодії та АП в родинних з

порушенням сімейного здоров'я, в рамках комплексного багаторівневого підходу до вивчення цієї проблеми ми провели системно-структурний аналіз стану сексуальної взаємодії серед ПП усіх груп.

Системно-структурний аналіз стану сексуальної взаємодії за В. В. Кришталем (табл. 5) показав відсутність порушень реалізації сексуальності та наявність гармонійних сексуальних відносин у ПП ГП, проте у ПП ДГ1 і ДГ2 виявив поєднані порушення компонентів та складових сексуального здоров'я, що мали більшу представленість і вираженість серед ДГ2, порівняно з ДГ1 ($p < 0,05$).

Побудова структурної ґратки (за В. В. Кришталем) дозволила здійснити диференціацію за ступенем ураження компонентів і складових сексуального здоров'я обстежених, та виявити взаємозв'язок між наявністю соціально-прийнятних форм АП у дружини та вираженістю порушення сексуальної взаємодії подружжів (табл. 6).

Так, для ПП, в яких у жінки встановлена АП, в генезі порушення сексуальної взаємодії стрижневим виявилось ураження психологічного його компонента у обох з подружжя, а наявність проя-

Таблиця 5. Кількісний розподіл ураження компонентів та складових сексуальної взаємодії у обстежених (%±m)

Компоненти і складові	Групи обстежених					
	ДГ1, n =321		ДГ2, n =50		ГП, n =50	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Соціальний, складові						
соціокультурна	21,8±4,1	29,3±4,6	100,0	100,0	–	–
інформаційно-оціночна	25,2±4,3	13,1±3,4	100,0	100,0	–	–
Психологічний	100,0	100,0	100,0	100,0	–	–
Соціально-психологічний	33,3±4,7	33,3±4,7	100,0	100,0	–	–
Біологічний, складові						
психічна	100,0	49,2±5,0	70,0±4,6	34,0±4,7	–	–
генітальна	17,8±3,8	12,8±3,3	38,0±4,9	10,0±3,0	4,0±2,0	4,0±2,0

Таблиця 6. Якісні характеристики ураження компонентів та складових сексуальної взаємодії у обстежених

Компоненти і складові	Групи обстежених					
	ДГ1, n =321		ДГ2, n =50		ГП, n =50	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Соціальний, складові						
соціокультурна	**	*	**	**	–	–
інформаційно-оціночна	**	*	**	**	–	–
Психологічний	**	**	***	***	–	–
Соціально-психологічний	**	*	***	***	–	–
Біологічний, складові						
психічна	**	*	**	*	–	–
генітальна	*	**	**	**	*	*

Примітка. 1. За вираженістю патологічного впливу: * – легкий ступінь порушення, ** – середній ступінь порушення, *** – тяжкий ступінь порушення. 2. ■ – стрижневе ураження.

вів АП у дружини – лише патопластичним фактором ($p < 0,05$). В механізмах розвитку порушення сексуальної взаємодії у ДГ2 стрижневими були ураження психологічного та соціально-психологічного компонентів, інші мали патопластичний вплив на формування деформації сексуальної взаємодії ($p < 0,05$). З огляду на те, що вираженість деструктивного впливу порушення психологічного компонента сексуальної взаємодії, як стрижневого ураження, носило більш виражений характер у подружжів ДГ2, ніж у ДГ1 ($p < 0,05$), можна припустити наявність пом'якшуючої дії АП на вираженість деформації подружніх стосунків та сексуальної взаємодії, за рахунок псевдокомпенсаційного її змісту.

Висновки. Можна припустити, що АП, виявлена у жінок з помірною вираженістю порушення сексуальної взаємодії, ставала патологічним спо-

собом псевдокомпенсації та нівеляції психоемоційного напруження, що виникало внаслідок неотримання від чоловіка повноцінної реалізації сексуальності, відсутності відчуття бажаності, психологічної підтримки, які формувались за рахунок ураження психологічного компонента взаємодії, та виконувала буферні функції стосовно рівня його вираженості. На відміну від них, жінки з нормативним адиктивним статусом, наявне негативне психоемоційне фрустраційне тло реалізовували в рамках сім'ї, створюючи тим самим високий рівень подружньої конфліктності і деформації сексуальної взаємодії.

Перспективою подальших досліджень є розробка системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок, з урахуванням встановлених особливостей їх сексуальної взаємодії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рябухін К. В. Питання формування алкогольної залежності у жінок / К. В. Рябухін // Таврический журнал психіатрії. – 2013. – № 4 (65). – С. 52 – 55.
2. Гапонов К. Д. Клініко-психопатологічні та соціальні індикатори вираженості шкідливих наслідків алкогольної залежності в світлі оптимізації її комплексного лікування / К. Д. Гапонов // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 2 (69). – С. 111 – 120.
3. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990 – 2010 рр.). – Харків : видавець Строков В. Д., 2011. – 144 с.
4. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами : довідкове видання / О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Л. В. Рахман, Н. Ю. Петрина ; за ред. О. К. Напрєєнка. – К. : Здоров'я, 2011. – 208 с.
5. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.
6. Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология – 2006. – № 2. – С. 14 – 19.
7. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3 – 8.
8. Жданова М. П. Психотерапия нарушения здоровья семьи при алкоголизме у жены / М. П. Жданова // Украинский вестник психоневрологии. – 2007. – Т. 15, №2 (51). – С. 60 – 67.
9. Markova M. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence / M. Markova, V. Yarusj // WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences», 29.03 – 01.04.2016, Munich. Book of Abstracts. – P. 54 – 55.
10. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский, М. Пере ; под ред. Б. Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб. : ПИТЕР, 2007. – 960 с.
11. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33 – 45.
12. Кришталь В. В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. – Харків : Фоліо, 2008. – 990 с.
13. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. – М. : Академический Проект; Культура, 2009. – 470 с.
14. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Морион, 2000. – 320 с.

THE STATE OF SEXUAL INTERACTION OF WOMEN'S FAMILIES WITH DISTURBANCES OF FAMILY HEALTH AND DIFFERENT ADDICTIVE STATUS

©M. V. Savina

V. Karazin Kharkiv National University

SUMMARY. Through clinical psychological and psychodiagnostics methods, 371 married couple who applied for help from the violation of family relationships were examined. Among them 321 families had manifestations of addictive behavior (AB) in women (IG1), while the other 50 families – normative indicators AB in women (IG2). As a comparison group (CG) examined 50 relatively harmonious families.

Unlike women with CG, who were characterized by the absence of signs of sexual interaction, between IG1 and IG2, established clinically defined sexual health disorder that had greater representation and severity in IG2.

In the genesis of disturbances of sexual interaction for families, in which women were suffering from AB, core lesion proved its psychological component in both the spouse, and the presence of AB – pathoplastycal factor ($p < 0.05$). In the mechanisms of violation of sexual interaction in IG2, rod lesions were psychological, social and psychological components, others have pathoplastycal influence on the formation of deformation of sexual behavior ($p < 0.05$). The severity of the violation destructive influence of psychological component of sexual behavior as rod lesion was more pronounced in marriage IG2 than IG1 ($p < 0.05$).

We can assume that the AB was detected in women with moderate severity of the violation of sexual interaction, became a way of leveling emotional stress that arise due to non-receipt of family feeling shelter and psychological support, and reduced the level of severity. In contrast, women with addictive normative status existing negative psychoemotional frustration background implemented within the family, thus creating a higher level of marital conflict and strain sexual interaction.

The data were assigned us a basis for developing the psychological treatment and support family health of women in AB.

KEY WORDS: sexual behavior, women, addictive behavior, abuse of family health, couple.

Отримано 07.07.2016